



**DEMANDE DE CONSULTATION
POUR UNE THÉRAPIE CAR-T EN LYMPHOME**
(Formulaire dynamique)

Nom et prénom de l'utilisateur :			
Nom de la mère :			
N° d'assurance maladie :	Expiration :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	
Adresse (n°, rue) :			
Code postal :	Téléphone :	Ind. rég. :	Résidence :
Ind. rég. :	Travail :	Poste :	Ind. rég. Cellulaire :
Courriel :			

Identification du médecin référent et du point de service			
Nom du médecin référent :		N° de permis :	Nom du point de service :
Ind rég.	N° de téléphone :	N° de poste	Ind rég. N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Copie de la réponse d'acceptation ou de refus à : <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Autre médecin			
Nom et coordonnées, le cas échéant :			
Personnes-ressources à joindre en cas de question concernant la demande (si autre que le médecin référent)			
Nom de la personne-ressource :		Fonction :	
Ind rég.	N° de téléphone :	N° de poste	Ind rég. N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Signature du référent :		Date :	

Veillez prendre note que l'évaluation rapide du dossier nécessite les éléments suivants :

- 1) Le formulaire **DEMANDE DE CONSULTATION AU CAR-T EN LYMPHOME** dûment complété.
- 2) Le formulaire **DÉPISTAGE D'ÉLIGIBILITÉ AU CAR-T EN LYMPHOME** dûment complété.
- 3) Un résumé de l'histoire médicale pertinente du patient incluant les complications significatives survenues lors des traitements oncologiques dont un résumé d'hospitalisation de greffe si applicable.
- 4) Tous les rapports de biopsies reliés au lymphome, de ponction lombaire et de moelle osseuse, incluant aspiration et cytométrie de flux si applicable.
Veillez noter que le statut CD19 n'est plus requis pour l'éligibilité au CAR-T.
- 5) Un rapport de la pharmacie d'oncologie décrivant les différentes lignes de traitement reçues, ainsi que les dates et les doses de celles-ci.
- 6) Les rapports d'imageries (scans/TEP/IRM/examens cardiaques) au diagnostic ainsi qu'à chaque progression et/ou rechute. *Le patient doit apporter une copie digitale (CD) de ses examens à sa première visite.*
- 7) L'évaluation initiale du patient par l'infirmier pivot en oncologie, si disponible.
- 8) Transmettre l'ensemble des éléments ci-haut à l'adresse courriel : cart.hmr.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

**** Dès la demande de consultation, nous vous recommandons d'initier à votre patient une prophylaxie contre le Varicella-Zoster virus afin d'éviter une infection pouvant retarder les procédures**



DÉPISTAGE D'ÉLIGIBILITÉ AU CAR-T EN LYMPHOME

Nom et prénom de l'utilisateur :

Nom de la mère :

N° d'assurance maladie :

Expiration :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

Adresse (n°, rue) :

Code postal :

Téléphone :

Ind. rég. :

Résidence :

Ind. rég. :

Travail :

Poste :

Ind. rég. :

Cellulaire :

Courriel :

Critères d'inclusion : TOUS REQUIS

1) Âge	≥ 18 ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Histologies admises	<input type="checkbox"/> Lymphome diffus grandes cellules B NOS <input type="checkbox"/> Lymphome de haut grade avec réarrangement MYC et BCL2 et/ou BCL6 <input type="checkbox"/> Lymphome de haut grade NOS <input type="checkbox"/> Lymphome transformé d'un folliculaire <input type="checkbox"/> Lymphome à grandes cellules B riche en T et histiocytes <input type="checkbox"/> Lymphome primaire médiastinal à grandes cellules B <input type="checkbox"/> Lymphome diffus grandes cellules B associé à inflammation chronique <input type="checkbox"/> Lymphomes diffus grandes cellules B associés à EBV <input type="checkbox"/> Lymphome primaire cutané-leg type	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Statut réfractaire ou récidivant	≥ 2 lignes de thérapie systémique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Inéligibilité HDT-ASCT	État chimioréfractaire OU comorbidités prohibitives	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5) Espérance de vie	≥ 12 semaines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Statut de performance	0-1	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7) Fonction rénale	Clairance de créatinine ≥ 45 ml/min/1,73 m ² (formule CKD-EPI)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8) Fonction hépatique	ALT ≤ 5X normale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9) Capacité respiratoire	Dyspnée grade ≤1 et saturation d'oxygène à air ambiant > 91%	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
10) Capacité cardiaque	FEVG ≥ 45% (échographie ou ventriculographie isotopique)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
11) Capacité médullaire	Neutrophiles > 1 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Plaquette sans transfusion > 50 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
12) Seuil lymphocytaire	Décompte de lymphocytes > 0,1 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Critères d'exclusion : AUCUN PERMIS

1) Histologies exclues	<input type="checkbox"/> Lymphome primaire cutané <input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde chronique transformée <input type="checkbox"/> Lymphome lymphoplasmocytaire transformé <input type="checkbox"/> Lymphome zone marginale transformé <input type="checkbox"/> Lymphome Burkitt	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Exposition antérieure à un traitement anti-CD19		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Thérapie génique (peu importe indication)		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Immunodéficience primaire		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5) Angine instable, infarctus ou arythmie non contrôlée dans les 6 mois de la consultation		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Grossesse ou allaitement		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7) Maladie inflammatoire ou auto-immune neurologique active		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8) Autre néoplasie dont l'espérance de vie à 5 ans est estimée ≤ 75% :	<i>Veillez fournir le rapport de pathologie, la stadification, les traitements reçus et la réponse à ceux-ci</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Autres informations clés à transmettre

1) Infiltration lymphomateuse au système nerveux central ancienne ou actuelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Antécédent de convulsion, d'ischémie ou d'hémorragie cérébrale, de maladie cérébelleuse ou de démence	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Antécédent d'hépatite B, d'hépatite C ou de VIH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON